Formulaires directives anticipées

Conseil pour la rédaction de ce document

- Interrogez-vous sur ce qui vous tient à cœur, sur ce que vous voulez ou ne voulez pas en matière de soins et de traitements
- Si vous en éprouvez le besoin, parlez-en avec quelqu'un : votre personne de confiance, un proche, votre médecin traitant, un professionnel de la santé à l'hôpital comme à domicile, un membre d'association de patients
- Désigner par avance, si possible, votre personne de confiance
- Rédigez vos directives soit sur ce document ou sur papier libre en commençant par exemple comme suit : « le jour où je ne pourrais plus prendre une décision moi-même, je soussigné(e), Madame/Monsieur (…), né(e) le (…19…), demande après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés que soient respectées les dispositions suivantes : (…)
- N'oubliez pas de dater et signer de votre main le document
- Si vous désirez élaborer vos directives anticipées, il est souhaitable de vous faire aider par un professionnel de santé à l'hôpital ou à domicile
- Ce document est à remettre à **votre médecin traitant ou au médecin du service**

Etablies par

Nom, prénom : .....
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Les présentes directives anticipées sont applicables dans les situations suivantes

J'établis les présentes directives anticipées après mûre réflexion pour le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté suite à une maladie ou un accident. Les directives s'appliquent :

☐ dans toutes les situations dans lesquelles je suis incapable de discernement et qui exigent la prise de décisions thérapeutiques ; c'est-à-dire en cas d'événements aigus susceptibles de survenir, tels qu'un infarctus, une attaque cérébrale, un accident, mais aussi en cas de maladie chronique à un stade avancé ;

ou

☐ .....
.....

Par les présentes directives anticipées, j'aimerais avant tout obtenir…

…qu'on épuise les possibilités médicales pour me maintenir en vie. Mes souffrances doivent être allégées dans la mesure du possible. Mais je suis prêt-e à accepter les contraintes liées à mon souhait d'être maintenu-e en vie.

☐ C'est particulièrement vrai pour moi

…que les traitements médicaux servent avant tout à alléger mes souffrances. Pour moi, il n'est pas prioritaire de prolonger ma vie à tout prix. Je suis prêt-e à accepter que le fait de renoncer à certains traitements médicaux puisse abréger ma vie.

☐ C'est particulièrement vrai pour moi

Traitement de la douleur et des symptômes

☐ Je désire en tous les cas que l'on soigne activement mes douleurs et tous les autres symptômes tels que la peur, l'agitation, la détresse respiratoire et les nausées ; j'accepte donc, le cas échéant, une perte de conscience momentanée (sédation) due au traitement

☐ Pour moi, un état de vigilance et de capacité à communiquer sont plus importants que le soulagement complet des douleurs et d'autres symptômes

Alimentation artificielle

J'autorise l'apport <u>continu</u> de liquides et d'aliments (au moyen d'une sonde gastrique, d'une perfusion, d'une pose chirurgicale ou d'une sonde nutritive)

☐ oui ☐ non*

*Si non, j'autorise <u>momentanément</u> l'apport artificiel de liquides et d'aliments, en attendant d'être capable de m'alimenter et de me désaltérer par voie normale

☐ oui ☐ non

Champ souhait libre

.....
.....
.....

Directives particulières en cas de décès

Don d'organes

☐ Je souhaite faire don de mes organes et j'autorise le prélèvement de tous les organes, tissus et cellules de mon corps ainsi que l'application des mesures médicales préliminaires, nécessaires en vue d'un don d'organe

☐ J'autorise uniquement le prélèvement de : .....

☐ Je ne souhaite pas faire don de mes organes

Date d'élaboration des directives anticipées : .....

Signature :

Durée de validité de ce document : 3 ans

☐ **Renouvellement de mes directives anticipées**	**Date :**	**Signature**
☐ **Modifications* des mes directives anticipées**	**Date :**	**Signature**

*Faire remplir une nouvelle fiche

☐ **Révocation de mes directives anticipées**	**Date :**	**Signature**

Formulaires personne de confiance

☐ Je n'ai pas nommé de personne de confiance

☐ J'ai nommé la personne de confiance suivante et je l'autorise à faire valoir ma volonté face à l'équipe soignante. Cette personne doit être informée de mon état de santé et intégrée dans la prise de décision ; je l'autorise à consulter mon dossier médical. Je délie les médecins et le personnel soignant de l'obligation de garder le secret professionnel envers elle

Nom, prénom : .....

Téléphone(s) : .....

Date : ..... Signature de la personne nommée :

Date désignation de la personne de confiance : .....

Signature :

Je souhaite un accompagnement religieux :

☐ oui Communauté religieuse : .....

☐ non

NB : Si vous êtes dans l'impossibilité de rédiger ce document et de le signer, un tiers peut le faire pour vous. Vous pouvez faire attester par deux témoins, que ce document relate bien l'expression de votre volonté libre et éclairée